

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## **ZASWIADCZENIE**

**wydane dla potrzeb MOPS w Łodzi  
w celu dofinansowania ze środków PFRON w zakresie rehabilitacji  
społecznej i zawodowej**

Imię i nazwisko : .....

PESEL: .....

Miejsce zamieszkania: .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej (opis stanu zdrowia): .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Choroby współistniejące: .....

.....  
.....

Wskazane korzystanie z (proszę wskazać z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego):

.....  
.....  
.....

(należy wskazać sprzęt, który ułatwi osobie niepełnosprawnej rehabilitację)

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe: .....

.....  
.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)